

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

duktionsstilling fra øvrige sygehuse, der derimod har flere kliniske kvalifikationer. Dette har en naturlig sammenhæng med, at universitetshospitaler har flere forskningsmidler og et bredere forskningsmiljø end andre sygehuse [13].

Samlet konkluderer vi på baggrund af undersøgelsen, at der ikke er sket en reduktion i ansatte lægers samlede videnskabelige kvalifikationer ved start på undervisningsstilling eller speciallægeblokforløb i perioden, men at der er en tendens til større spredning i videnskabelige kvalifikationer hos yngre læger. Speciale, universitet og introduktionsstilling har indflydelse på yngre lægers videnskabelige aktivitet.

Korrespondance: Jan Greve, Videreuddannelsessekretariatet, Region Midtjylland, Region Nord, Olof Palmes Allé 15, DK-8200 Århus N. E-mail: jag@ag.aaa.dk

Antaget: 10. juli 2006

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. www.videreuddannelsen-nord.dk/ Ny udgave af de supplerende kriterier/ april 2005.
2. Jørgensen HL, Prætorius L, Ingwersen P. Udviklingen i medicinske artikler 1989-1998. Ugeskr Læger 1999;161:6339-43.
3. Rubak S, Niemann T, Jensen JW. Yngre lægers forskningsaktivitet. Ugeskr Læger 2002;164:3777-81.
4. Nøhr KB, Andersen B, Greve J. Sammenhæng mellem køn og kvalifikationer samt valg af speciale hos yngre læger i Danmark 1998-2003. Ugeskr Læger 2006 (i trykken).
5. Jørgensen HL, Larsen B, Ingwersen P et al. Forskningsaktiviteten for kandidater med ph.d.- eller dr.med.-grad fra de sundhedsvidenskabelige fakulteter 1995-1997. Ugeskr Læger 2004;166:479-84.
6. www.videnskabsministeriet.dk/cgi-bin/doc-show.cgi/doc_id=231231&leftmenu=NOEGLETAL/ Forskningsstyrelsen. Data om dansk forskeruddannelse 2003/ april 2006.
7. Matthiesen K, Jensen JW, Jung A. Fortsat faldende ventetider på undervisningsstillinger. Ugeskr Læger 2002;164:3394.
8. Rubak S, Niemann T, Jensen JW. Yngre læger forsker af lyst. Ugeskr Læger 2002;36:4224-5.
9. Larsen K. Kortere turnus kan afkorte speciallægeuddannelse. Ugeskr Læger 2005;167:2446-7.
10. www.globaliseringsrådet.dk/ Globaliseringsrådet. Fremgang fornyelse og tryghed/ april 2006.
11. Hauge EM, Grønbæk H. En enqueteundersøgelse blandt 171 ph.d.-studerende med medicinsk kandidateksamen. Ugeskr Læger 1998;160:6520-5.
12. Lehmann AK. Forskningsinteresse og rekrutteringspotensiale – medicinister og forskning. Tidsskr Nor Lægeforen 1992;112:2205-7.
13. www.videnskabsministeriet.dk/cgi-bin/doc-show.cgi?doc_id=272530=PUBLIKATIONER/ Danmarks Forskningspolitiske Råds årsrapport. Forskningspolitiske udfordringer – identifikation af kernefeltet i dansk forskning/ april 2006.

Køn og kvalifikationer samt valg af speciale hos yngre læger i Danmark 1998-2003

Stud.scient.pol. Katrine Backman Nøhr, læge Berit Sanne Andersen & ledende overlæge Jan Greve

Region Nord, Region Midtjylland, Videreuddannelsessekretariatet

Resume

Introduktion: Formålet med undersøgelsen var at beskrive forskelle i specialevalg og kvalifikationer mellem mandlige og kvindelige læger ved start af undervisningsstilling i Danmark i perioden 1998-2003.

Materiale og metode: Data omfatter alle ansøgninger til undervisningsstilling/speciallægeblokforløb i perioden 1998-2003 i 21 lægelige grundspecialer. I alt 1.920 læger fik ansættelse. De ansatte lægers køn blev sammenholdt med specialevalg, biologisk alder, kandidat alder og opnåede point i supplerende kriterier.

Resultater: I børne- og ungdomspsykiatri og gynækologi/obstetrik var over 80% af de ansatte kvinder, mens der var flest mænd (87%) i ortopædisk kirurgi. Der var ingen kønsforskel i biologisk alder eller kandidat alder ved start på undervisningsstilling. I de supplerende kriterier opnåede kvinderne flest point for klinisk kvalifikation og teoretiske kurser, mens mændene opnåede flest point for videnskabelige og pædagogiske kvalifikationer. Denne forskel ses ikke inden for specialerne.

Konklusion: Køn har ikke selvstændig betydning for at opnå ansættelse, men der er forskelle i mænds og kvinders valg af spe-

cialer, og på hvordan de kvalificerer sig til ansættelse. De tydelige forskelle i kvalifikationer mellem de to køn på tværs af specialerne genfindes ikke inden for de enkelte specialer. Kønsforskellene synes således at være betinget af forskelle i valg af speciale. Undersøgelsens fund kan bidrage til grundlaget for den fremtidige dimensionering af den lægelige videreuddannelse og til speciale-selskabers, yngre lægers og andre interessenters overvejelser om rekruttering og specialernes profil.

Ca. 60% af de nyuddannede læger er kvinder [1]. I de kommende år vil der ske en ændring i lægestandens sammensætning i retning af flere kvindelige læger på arbejdsmarkedet, og fra 2018 vil der være et flertal af kvinder. Dette kan give rekrutteringsproblemer for specialer med en profil, der især retter sig mod mandlige læger.

I flere danske og udenlandske undersøgelser har man søgt at afdække, hvilke forhold der har betydning for yngre lægers, herunder især kvindelige lægers, specialevalg. I FAYL's uddannelsesenquete [2] har man fundet, at kvinder vægtede »gode muligheder for arbejdstilrettelæggelse« og »forventet lav vagtbelastning« højere end deres mandlige kollegaer, hvilket er genfundet i australske og vesteuropæiske undersøgelser

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 1. Oversigt over supplerende kriterier til bedømmelse af ansøgere til undervisningsstillinger/speciallægeblokforløb 1998-2003. NB: Nye supplerende kriterier revideret i overensstemmelse med den ny speciallægeuddannelse er trådt i kraft i 2005.

Nr.	Beskrivelse af kriterium	Uddybelse	Maks. point
1	Ansættelser uden for specialet	1 point for hver 6 måneders ansættelse	2
2	Ansættelser inden for specialet	1 point for hver 6 måneders ansættelse ud over introduktionsstilling	2
3	Teoretiske specialerellevante kurser	1 point for deltagelse i 40-timers-kurser	1
4	Organisatorisk/administrativ kvalifikation	Typisk funktion som tillidsmand	1
5	Videnskabelig kvalifikation	Maks. point gives for disputats, 5 point for ph.d.	6
6	Pædagogisk kvalifikation	1 point for min. 40 timers konfrontationsundervisning og 1 point for deltagelse i voksenpædagogisk kursus	2
7	Specialespecifikt kriterium	Specialeselskaberne beslutter, hvad der skal give point	0-3
Maksimalt antal opnåelige point			14-17

[3-5]. I uddannelsesenqueten blev det dog påpeget, at »det lægefaglige indhold i specialet« og »forventninger til egne verner« blev vægtet højest hos begge køn [2]. FAYL har endvidere påvist, at specialevalget er påvirket af krav om antal publikationer/forskning, og at kvinder har lavere forskningsaktivitet end mænd [6].

Siden 1998 er ansættelsen af læger i undervisningsstillinger og speciallægeblokforløb blevet administreret af de tre videreuddannelsessekretariater. Vurdering af ansøgere er sket ved hjælp af point givet ud fra på forhånd beskrevne kriterier (Tabel 1). Ansøgninger og ansøgers kvalifikationer registreres, og data kan give faktiske oplysninger, som ikke tidligere har været tilgængelige eller publiceret. Vi ønsker med denne undersøgelse at beskrive forskelle i specialevalg og kvalifikationer mellem mandlige og kvindelige læger ved start af undervisningsstilling i perioden 1998-2003.

Materiale og metoder

Datamaterialet omfatter alle ansøgninger til undervisningsstilling/speciallægeblokforløb, der er indsendt til de regionale videreuddannelsessekretariater som led i den centrale ansættelsesprocedure i perioden 1998-2003. Specialerne almen medicin, klinisk farmakologi, arbejdsmedicin og samfundsmedicin var på daværende tidspunkt ikke omfattet af ansættelsesproceduren og indgår derfor ikke i undersøgelsen. De 21 inkluderede grundspecialer er gradvist inddraget i den centrale ansættelsesprocedure i løbet af perioden. I alt indgår der 2.382 ansøgere, hvoraf 1.920 fik ansættelse i undervisningsstillinger eller speciallægeblokforløb. Yderligere 217 stillinger var opslået, men blev ikke besat på grund af mangel på kvalificerede ansøgere.

Data fra de inkluderede ansøgninger er primært indtastet til administrativt brug i en database (MS Access) i forbindelse med ansøgningsrunderne. Validering af data sker ved, at alle ansøgere som led i ansættelsesproceduren får tilsendt oplysningssark med angivelse af, hvilke variable der er registreret, og bliver bedt om at meddele eventuelle fejl til videreuddannelsessekretariatet. Fejl rettes løbende i databasen som led i den normale ansættelsesprocedure. Data i ansøgningsskemaet vedrører tidligere uddannelse og ansættelser samt kvalifika-

tioner i supplerende kriterier fastlagt af Sundhedsstyrelsen (supplerende, fordi de ligger ud over de formelle uddannelseskrav i Bekendtgørelse om uddannelse af speciallæger). De supplerende kriterier er beskrevet i Tabel 1. Endelig indgår der oplysninger om, hvorvidt ansøgerne opnår ansættelse og i givet fald i hvilken uddannelsesregion samt oplysninger om ansøgenes køn, biologiske alder, kandidatalder og uddannelsessted (universitet). Udvalgte variable(r) er udtrukket fra delregistre i de tre regionale videreuddannelsessekretariater til et samlet statistisk materiale.

Statistisk behandling af data er foretaget i statistikprogram SPSS 10.1. Der er lavet deskriptive udtræk (antal, fordeling, gennemsnit mv.). Ved sammenligning af grupper er der anvendt t-test for sammenligning af gennemsnit for uafhængige stikprøver. Binær logistisk analyse er anvendt til analyse for determinanter for binære udfald (typisk ansættelse/afslag). Der er lavet beregninger for de 1.920 ansatte læger. Udvalgte analyser er gennemført såvel for alle specialer på tværs som for enkeltspecialer.

Resultater

Kønsfordeling

Af Tabel 2 fremgår det, at 52% af periodens ansatte var mænd, og at 12 ud af 21 specialer havde en overvægt af kvinder. I store specialer med mere end 25 ansatte i perioden udgjorde kvinderne mere end 80% i børne- og ungdomspsykiatri og gynækologi/obstetrik. Tilsvarende udgjorde mændene mere end 80% i ortopædisk kirurgi, 66% i oto-rhino-laryngologi og 62% i kirurgi.

Biologisk alder og kandidatalder

Den gennemsnitlige biologiske alder ved start af undervisningsstilling var 37,5 år. Den gennemsnitlige kandidatalder for danskuddannede læger var 8,7 år (Tabel 3). Biologisk alder og kandidatalder varierede mellem specialerne. Psykiatri havde den højeste gennemsnitsalder og kandidatalder (henholdsvis 41,8 år og 11,4 år) og oftalmologi den laveste (henholdsvis 33,5 år og 5,3 år).

Det fremgår af Tabel 3, at mænd havde en gennemsnitlig biologisk alder og kandidatalder på henholdsvis 37,4 år og

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

8,6 år ved ansættelsen, mens de tilsvarende tal for kvindelige læger var 37,5 år og 8,7 år. Der var ingen signifikant kønsforskel i hverken biologisk alder eller kandidatalder. Kun i psykiatri havde mandlige læger en signifikant ($p \leq 0,05$) højere biologisk alder og kandidatalder ved start af undervisningsstilling end kvindelige læger (henholdsvis 43,4 år og 13 år for mænd, 40,8 år og 10,5 år for kvinder).

Point i supplerende kriterier

Tabel 4 viser gennemsnitlige pointtal for mænd og kvinder i de supplerende kriterier inden for enkeltspecialer og på tværs af specialerne. Kriterium et og to er slået sammen for at give et mål for de samlede point for klinisk kvalifikation. Kvindelige læger havde på tværs af specialerne signifikant højere pointtal i kriterium et og to end de mandlige læger (henholdsvis 2,33 for kvinder og 2,16 for mænd). Ved analyse af ansatte læger inden for de enkelte specialer bekræftedes forskellen i point hos de to køn i neurologi, mens der ikke var nogen statistisk signifikante forskelle i de øvrige specialer.

Kvindelige læger havde på tværs af specialerne signifikant højere pointtal end mandlige læger i kriterium tre (teoretiske kurser) (henholdsvis 0,91 for kvinder og 0,88 for mænd).

Denne forskel kan dog skyldes en overgangsordning i gynækologi/obstetrik, der har en overvægt af kvindelige ansøgere, hvor der i en periode blev givet et ekstra point i dette kriterium. Kun i kirurgi bekræftedes forskellen i point hos de to køn.

I kriterium fire (organisatorisk/administrativ kvalifikation) er der ikke nogen signifikant kønsforskel på tværs af specialerne. I patologisk anatomi og oftalmologi havde de mandlige læger signifikant højere pointtal i kriteriet end de kvindelige læger i specialer.

Mandlige læger havde på tværs af specialerne et signifikant højere pointtal i kriterium fem (videnskabelig kvalifikation) end kvindelige læger (henholdsvis 1,91 for mænd og 1,75 for kvinder). Ved sammenligning inden for de enkelte specialer blev dette dog kun genfundet i patologisk anatomi og i psykiatri.

I de resterende 19 enkeltspecialer var der ingen signifikant kønsforskel i femte kriterium. I alt 147 kvindelige læger (16%) havde lavet en videnskabelig afhandling (ph.d. eller disputats) mod 170 mandlige læger (17%) (data ikke vist).

På tværs af specialerne havde mandlige læger signifikant højere pointtal i kriterium seks (pædagogisk kvalifikation) end kvindelige læger (henholdsvis 1,00 for mænd 0,87 for kvinder). Dette blev genfundet inden for patologisk anatomi, psykiatri, intern medicin, anæstesiologi og oftalmologi.

Kriterium syv er et specialespecifikt kriterium. Pointtal i dette kriterium er derfor ikke sammenlignelige på tværs af specialer og er derfor ikke anført i Tabel 4. I de kirurgiske specialer (kirurgi, gynækologi/obstetrik og ortopædisk kirurgi) gives der i det specialespecifikke kriterium point for antal operationer. Der er ikke signifikant kønsforskel i antal point-

givende operationer i ortopædisk kirurgi og gynækologi/obstetrik. De mandlige kirurger havde derimod signifikant højere pointtal (et større antal pointgivende operationer) end de kvindelige kirurger med et gennemsnitligt pointtal på henholdsvis 2,26 og 2,00.

Samlet havde mandlige læger, der blev ansat i undervisningsstilling eller speciallægeblokforløb, signifikant højere pointsum end kvindelige læger. Dette skyldes fortrinsvist mænds højere forskningsaktivitet på tværs af specialerne. Også i patologisk anatomi og psykiatri havde mandlige læger signifikant højere pointsum, primært pga. højere forskningsaktivitet end de kvindelige læger.

Ansættelse

Køn har hverken korrigeret eller ukorrigeret en statistisk signifikant betydning for, om den enkelte ansøger opnår ansættelse (korrigeret for kandidatalder og søgt region, OR = 1,16,

Tabel 2. Kønsfordeling af ansatte læger i de enkelte specialer.

Speciale	Kvinder		Mænd		Total n
	n	%	n	%	
Klinisk genetik	6	86	1	14	7
Børne- og ungdomspsykiatri	50	81	12	19	62
Gynækologi og obstetrik	93	80	24	21	117
Pædiatri	73	69	33	31	106
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	9	69	4	31	13
Onkologi	26	68	12	32	38
Patologisk anatomi	19	66	10	35	29
Dermato-venerologi	17	63	10	37	27
Psykiatri	104	62	65	39	169
Klinisk biokemi	12	55	10	46	22
Neurologi	36	52	33	48	69
Diagnostisk radiologi	55	52	51	48	106
Intern medicin	186	44	236	56	422
Anæstesiologi	76	43	101	57	177
Neurokirurgi	6	43	8	57	14
Oftalmologi	25	43	33	57	58
Kirurgi	86	38	140	62	226
Oto-rhino-laryngologi	19	35	36	66	55
Klinisk mikrobiologi	7	32	15	68	22
Klinisk immunologi	3	27	8	73	11
Ortopædisk kirurgi	22	13	148	87	170
Total	930	48	990	52	1.920

Procentsatserne er afrundet og summerer derfor ikke til 100% ved alle specialer.

Tabel 3. Biologisk alder og kandidatalder.

Køn	n	Biologisk alder, år		Kandidatalder, år		
		gennemsnit	median	gennemsnit	median	
Kvinder	930	37,5	37	816	8,7	8
Mænd	990	37,4 ^a	36	842	8,6 ^a	8
Alle ansatte	1.920	37,5	37	1.658 ^b	8,7	8

a) nonsignifikant, ingen statistisk signifikant kønsforskel.

b) 247 (13%) ansatte med udenlandsk uddannelse indgår ikke i beregningen af den gennemsnitlige kandidatalder pga. problemer med registrering af kandidattdspunktet.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 4. Gennemsnitlige point i supplerende kriterier for ansatte læger.

Speciale	Kriterium 1 & 2		Kriterium 3		Kriterium 4		Kriterium 5		Kriterium 6		Pointsum		Total n
	kvinder	mænd	kvinder	mænd	kvinder	mænd	kvinder	mænd	kvinder	mænd	kvinder	mænd	
Børne- og ungdomspsykiatri	1,30	1,50	0,98	1,00	0,30	0,58	1,02	1,17	0,78	0,67	4,86	5,50	62
Gynækologi og obstetrik	3,06	2,92	0,99	0,96	0,45	0,46	2,20	2,04	1,17	1,21	9,05	8,50	117
Pædiatri	3,03	2,58	0,97	1,00	0,56	0,67	2,45	2,91	1,41	1,42	8,97	9,24	106
Onkologi	1,88	2,00	0,96	0,92	0,31	0,25	1,96	2,50	0,96	1,08	6,08	6,75	38
Patologisk anatomi	1,79	1,90	0,47	0,50	0,05	0,50**	1,53	3,10*	0,74	1,20*	5,05	7,70*	29
Dermato-venerologi	1,18	1,40	0,76	1,00	0,35	0,20	3,35	4,40	0,82	1,10	7,71	9,80	27
Psykiatri	2,53	2,63	0,85	0,85	0,27	0,40	0,57	1,18**	0,47	0,69*	5,24	6,22*	169
Neurologi	2,50	1,61**	0,83	0,82	0,25	0,30	2,25	3,15	0,83	1,12	7,03	7,61	69
Diagnostisk radiologi	2,07	2,12	0,84	0,78	0,22	0,10	0,78	1,08	0,67	0,71	4,91	5,10	106
Intern medicin	2,24	2,14	0,96	0,94	0,24	0,24	2,52	2,76	0,83	0,98*	7,46	7,94*	422
Anæstesiologi	2,54	2,48	0,97	0,95	0,29	0,32	1,29	1,25	0,87	1,14*	6,39	6,62	177
Oftalmologi	1,20	0,82	0,68	0,61	0,20	0,48*	1,24	1,82	0,48	0,88*	3,80	4,61	58
Kirurgi	2,24	1,91	0,98	0,89*	0,41	0,41	1,49	1,45	0,83	1,01	8,03	7,94	226
Oto-rhino-laryngologi	2,63	2,53	0,89	0,83	0,37	0,36	1,53	1,61	1,21	1,19	6,63	6,53	55
Ortopædisk kirurgi	2,73	2,57	1,00	0,90	0,59	0,41	1,18	1,28	1,23	1,06	7,32	6,91	170
Total kvinder/ mænd	2,33	2,16**	0,91	0,88**	0,33	0,35	1,75	1,91*	0,87	1,00***	6,91	7,15*	
Total alle ansatte	2,24		0,89		0,34		1,84		0,94		7,03		1.920

Tabellen er sorteret efter andelen af kvinder i specialet, jf. Tabel 2. For at reducere risiko for type 1-fejl, er specialer, hvor $n < 25$, ikke medtaget i tabellen. Supplerende kriterier er beskrevet i Tabel 1. *) $p \leq 0,05$. **) $p \leq 0,01$. ***) $p \leq 0,001$.

$p > 0,05$, mænd = 1 kvinder = 0). Pointsum har selvstændig signifikant betydning (OR = 1,34, $p \leq 0,001$). Odds for at opnå ansættelse øges altså med 1,34 for hvert ekstra point.

Diskussion

I denne registerbaserede undersøgelse er der beskrevet forskelle i specialevalg og kvalifikationer mellem mandlige og kvindelige læger ved start af undervisningsstilling/speciallægeblokforløb i perioden 1998-2003. Undersøgelsen har vist, at der er stor kønsforskel i rekrutteringen til de enkelte specialer. Der var ingen kønsforskel i hverken biologisk alder eller kandidatalder. Kvinderne opnåede flest point for klinisk kvalifikation og teoretiske kurser, mens mændene opnåede flest point for videnskabelige og pædagogiske kvalifikationer på tværs af specialer. Kønsforskelle i kvalifikationer på tværs af specialer blev dog kun fundet inden for få enkeltspecialer, hovedsagelig i patologisk anatomi og psykiatri.

Undersøgelsen er baseret på en komplet registrering af ansøgere til alle stillinger, og samtlige data i databasen blev valideret af ansøgerne selv, hvorved informationsbias stort set vil være elimineret. Undersøgelsen mangler dog oplysninger om fire specialer, herunder især almen medicin, der rekrutterer ca. 25% af alle læger og har en overvægt af kvindelige ansøgere. I nogle specialer er der kun få ansatte, og enkeltpersoner kan derfor påvirke resultatet uforholdsmæssigt. Oplysninger vedrørende de små specialer skal derfor tages med forbehold.

Køn har ikke selvstændig betydning for, om ansøgere får ansættelse, men undersøgelsen viser, at kvinder og mænd har forskelligt specialevalg. Dette kan få betydning for de mandsdominerede specialers fremtidige rekruttering af læger i en periode med et stigende antal kvindelige læger. Oplysninger

om kønsmæssige forskelle i tilgangen til de enkelte specialer har desuden betydning for Sundhedsstyrelsens prognoser over fremtidigt udbud af læger i de enkelte specialer og dermed også for den fremtidige dimensionering af den lægelige videreuddannelse. En stor andel af de kvindelige læger vælger almen medicin, og derfor er det ikke sikkert, at kønsfordelingen for sygehusspecialerne vil ændre sig så markant som for alle specialer under et [1, 7]. Det skæve rekrutteringsmønster kan dog have konsekvenser for de kirurgiske specialer, hvor man i modsætning til i kvindedominerede specialer som børne- og ungdomspsykiatri, gynækologi/obstetrik og pædiatri, har haft ubesatte stillinger i perioden. Kønsfordelingen i kirurgi i Danmark er dog mindre skæv end i en amerikansk opgørelse fra 2002, hvori man har fundet, at hele 75% af kirurgerne var mænd [8]. Også i britiske undersøgelser har man fundet, at kvinder fravælger de kirurgiske specialer [9]. Kvindelige lægers fravalg af de kirurgiske specialer er blandt andet blevet forklaret ud fra, at de er mandsdominerede og har en høj vagtbelastning [10]. Kvinder udgør imidlertid 80% af de ansatte i vagttunge specialer som gynækologi/obstetrik og 43% i anæstesiologi (Tabel 2). Således forklarer vagtbelastningen ikke i sig selv, at kvinder fravælger de kirurgiske specialer [11]. I en amerikansk undersøgelse har man påvist, at kirurgi (urologi) ikke fravælges af kvinder, fordi specialet er mandsdomineret [12]. I flere udenlandske undersøgelser er det dog fastslået, at rollemodeller har stor indflydelse på specialevalg [4, 13, 14].

På tværs af specialer forsker mænd mere end kvinder, hvilket bekræftes i andre undersøgelser [6, 15]. I specialerne patologisk anatomi og psykiatri forsker de mandlige læger mere end de kvindelige læger, men i specialer, der traditionelt er

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

forskningstunge, blandt andre de intern medicinske specialer, dermatologi, pædiatri og gynækologi/obstetrik [16], forsker kvinderne i lige så høj grad som deres mandlige kollegaer (ingen signifikant kønsforskel i videnskabelig kvalifikation inden for specialerne). Kønsforskelle i videnskabelige kvalifikationer mellem de to køn på tværs af specialerne skyldes således, at mænd i højere grad end kvinder vælger forskningstunge specialer.

Der går i gennemsnit næsten ni år fra embedseksamen til ansættelse i en undervisningsstilling for både mænd og kvinder. Resultaterne af denne undersøgelse afkræfter, i modsætning til FAYL's resultater for perioden 1991-1999 [6], at kvinder på grund af barselsperioder er længere tid om at kvalificere sig til ansættelse i undervisningsstilling end mænd. At mænd tilsyneladende forsker mere end kvinder kan være en mulig forklaring på, at der ikke er signifikant kønsforskel i kandidatalder.

Samlet konkluderer vi, at køn ikke har selvstændig betydning for at opnå ansættelse, men at der er forskel på mænd og kvinders valg af speciale, og på hvordan de kvalificerer sig til ansættelse i undervisningsstilling. De tydelige forskelle i kvalifikationer mellem de to køn på tværs af specialerne genfindes dog ikke inden for de enkelte specialer. Kønsforskellene synes således at være betinget af forskelle i valg af speciale.

Der er behov for løbende opfølgning på data for at følge udviklingen og for at kunne give såvel sundhedsmyndigheder som videnskabelige selskaber og yngre læger i uddannelsessystemet mulighed for at tage højde for fundene. Vi vil følge op med andre beskrivelser og analyser på materialet og arbejder på også at inddrage oplysninger om almen medicin i fremtiden.

Korrespondance: Jan Greve, Videreuddannelsessekretariatet, Region Midtjylland, Region Nord, Olof Palmes Allé 15, DK-8200 Århus.
E-mail: jag@ag.aaa.dk

Antaget: 25. september 2006
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Sundhedsstyrelsens lægeprognose 1999-2025. www.sst.dk/april 2006.
2. Matthiesen K, Jensen JW, Nielsen CB et al. Fagligt indhold afgør specialevalg. Ugeskr Læger 2002;164:1972.
3. Harris MG, Gavel PH, Young JR. Factors influencing the choice of speciality of Australian medical graduates. Med J Aust 2005;183:295-300.
4. Ek EW, Ek ET, Mackay SD. Undergraduate experience of surgical teaching and its influence in career choice. ANZ J Surg 2005;75:713-8.
5. Soethout MBM, ten Cate TJ, van der Wal G. Factors associated with the nature timing and stability of the speciality career choices of recently graduated doctors in European countries. Med Educ Online 2004;9:24.
6. Nielsen LF, Worsøe M, Christensen LL et al. Ligestilling og videreuddannelse. Ugeskr Læger 2000;162:6330.
7. Ib H. Fremtidens praktiserende læge er typisk en kvinde. Ugeskr Læger 2003;165:4196.
8. Wolfe CV. Women in medicine: an unceasing journey. Arch Phys Med Rehabil 2005;86:1283-6.
9. Lambert TW, Goldacre MJ, Edwards C et al. Career preferences of doctors who qualified in the United Kingdom in 1993 compared with those of doctors qualifying in 1974, 1977, 1980 and 1983. BMJ 1996;313:19-24.
10. Park J, Minor S, Taylor RA et al. Why are women deterred from general surgery training? Am J Surg 2005;190:141-6.
11. Gjerberg E. Gender similarities in doctors' preferences – and gender differences in final specialisation. Soc Sci Med 2002;54:591-605.
12. Kerfoot BP, Nabha KS, Masser BA et al. What makes a medical student avoid or enter a career in urology? J Urol 2005;174:1953-7.
13. Neumayer L, Kaiser S, Anderson K et al. Perceptions of women medical students and their influence on career choice. Am J Surg 2002;183:146-50.
14. Wright S, Wong A, Newill C. The impact of role models on medical students. J Gen Intern Med 1997;12:53-6.
15. Cohen-Schotanus J, Reinders JJ, Agsteribbe J et al. Physicians for ten years: a longitudinal survey of the career development of physicians who began their studies in Groningen, The Netherlands. Ned Tijdschr Geneesk 2002;146:2474-8.
16. Nøhr KB, Andersen BS, Greve J. Yngre lægers videnskabelige kvalifikationer ved ansættelse i undervisningsstilling 1998-2003. Ugeskr Læger 2007;169:1219-23.

Hypernatræmisk dehydrering hos nyfødte – hvorfor stigende incidens?

Stud.med. Mette Reilev, overlæge Klaus Børch & afdelingslæge Ole Axel Pryds

Hvidovre Hospital, Børneafdelingen

Resume

Introduktion: Neonatal dehydrering med hypernatræmi er en alvorlig tilstand med risiko for cerebrale skader og død. Flere undersøgelser tyder på en stigende incidens.

Materiale og metoder: Alle børn indlagt mellem tredje og 14. leve-døgn på Hvidovre Hospital i perioden 2001-2005 blev fundet via Det Grønne System. I alt 424 blev udvalgt efter udskrivningskode, der kunne tyde på dehydrering. Ved journalgennemlæsning blev

børnene inkluderet ud fra følgende kriterier: gestationsalder >35 uger og udskrevet fra barselsgang før genindlæggelse med vægttab >10% af fødselsvægten.

Resultater: Over fem år blev i alt 89 børn indlagt med dehydrering, hvoraf de 24 havde S-natrium >150 mmol/l. Frekvensen steg i perioden fra 2,1 til 4,9 (relativ risiko 2,5 – p = 0,0008). 40% af børnene blev indlagt efter morens henvendelse til hospitalet, mens de øvrige blev henvist fra sundhedsplejerske eller læge. Alle børn blev ammet, og kun tre havde fået tilskud før indlæggelsen. Vægttabet varierede fra 270 g til 1.100 g, svarende til 10,1-29,7% af fødselsvægten, og hovedparten var ikteriske og sløve, mens otte børn havde cerebrale symptomer. Efter væsketerapi fik to børn med komplicerende sygdom en permanent hjerneskade.